



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تهران

معاونت درمان

فرم بازدید مطب پزشکان عمومی

تاریخ و ساعت بازدید :

شماره پروانه مطب :

شماره نظام پزشکی :

نام و نام خانوادگی پزشک :

شماره تلفن همراه :

تاریخ اعتبار پروانه مطب :

شهرستان مجاز به فعالیت (مندرچ در پروانه مطب):

آدرس و ساعت و روزهای فعالیت مطب :

کد پستی مطب :

تلفن ثابت :

تلفن ثابت:

در صورتیکه بیش از یک مطب دارد، آدرس و زمان فعالیت در مطب دوم قید گردد:

خیر

بلی

-اصل پروانه مطب در معرض دید نصب می باشد؟

خیر

بلی

-نرخ تعرفه ها در معرض دید نصب شده است؟

خیر

بلی

-تعرفه های مصوب ابلاغی رعایت می گردد؟ (میزان تعرفه آزاد دریافتی:.....)

-عنوان تابلو (مطابقت با پروانه مطب):

- ابعاد تابلو:

-تعداد تابلو:

خیر

بلی

-مطابقت عناوین تابلو با سرنسخه و کارت ویزیت؟

موارد عدم تطابق یا موارد غیر مجاز ذکر شود:.....

خیر

بلی

-فضای فیزیکی اتاق معاینه مناسب می باشد؟

خیر

بلی

-شرایط و مساحت سالن انتظار مناسب است؟

خیر

بلی

-تخت معاینه سالم با پوشش مناسب وجود دارد؟

خیر

بلی

-از پاراوان یا پرده مناسب در کنار تخت معاینه استفاده می شود؟

خیر

بلی

-شرایط نور، سیستم گرمایش و سرمایش، تهویه و وضعیت نظافت و بهداشت مطب مناسب است؟

موارد عدم تطابق ذکر شود:.....

خیر

بلی

-شرایط سرویس بهداشتی (از جمله نصب صابون مایع در دستشویی) وجود دارد؟

خیر

بلی

- آیا واحد تزریقات و پانسمان دارد؟ (در صورت وجود واحد، فرم مربوطه پر شود)

خیر

بلی

-سطل زباله دربدار و پدال دار با کیسه زباله استاندارد وجود دارد؟

خیر

بلی

-ست معاینه (از جمله فشار سنج، گوشی، اتوسکوپ، چراغ قوه، آسلانگ و ترمومتر) وجود دارد؟

موارد عدم تطابق ذکر شود:.....

خیر

بلی

-ست احیاء و داروهای اورژانس وجود دارد؟

(از جمله : لارنگوسکوپ، آمبو بگ، airway، آمپولهای هیدرو کورتیزون، آدرنالین، آتروپین و دیازپام ، و پرل TNG)

موارد عدم تطابق ذکر شود:

خیر

بلی

کپسول اکسیژن با شرایط استاندارد(از جمله مانومتر سالم و ماسک) وجود دارد؟

** در مطبهایی که تزریقات، پانسمان، جراحی های سرپایی و یا معاینات زنانگی به عمل می آید، الزامی است کلیه افراد مرتبط بر علیه هپاتیت B واکسینه شده و حفظ سوابق واکسیناسیون یا مصونیت، جهت ارائه به بازرسین ضروری است.

موارد تبلیغات غیر مجاز ذکر شود:

موارد اقدامات غیر مجاز که در مطب انجام می شود، ذکر شود:

سایر اقدامات درمانی جانبی که در مطب انجام می شود:

نواقص و اشکالاتی که علیرغم تذکر در بازدید قبلی، هنوز اصلاح نشده اند ذکر شود:

خیر

بلی

تحوه برخورد و میزان همکاری با کارشناسان نظارت بر درمان مناسب است؟

نظریه کارشناس:

به خانم/آقای دکتر به دلیل.....

تذکر شفاهی داده شد و مقرر گردید ایشان نسبت به رفع کلیه اشکالات موجود، سریعاً اقدام و نتیجه اقدامات اصلاحی را به معاونت درمان دانشگاه کتبا اعلام نمایند.

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس:

مهر و امضای پزشک

موارد فوق به اینجانب دکتر

اظهار نظر پزشک(در صورت تمایل و نیاز):